compensar | salud
eps

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación | B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual | B. Beneficiario o afiliado adicional | C. Cotizante o cabeza de Familia | D. Pensionado por tercero
3. Régimen: A. Contributivo | B. Subsidiado | C. Excepción
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante | B. Beneficiario | C. Cabeza de familia | D. Independiente | E. Pensionado
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente | B. Independiente | C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

A. APELLIDOS Y NOMBRES

6. Apellidos y nombres

7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo: Femenino / Masculino | 10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Tipo / Condición | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia: Zona Urbana / Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo: Femenino / Masculino | 23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento: Parentesco	Etnia	29. Discapacidad: Tipo F	N	M	T	P	Cantidad	30. Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	31. Datos de residencia: Departamento	Teléfono fijo y celular	32. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B		
B		

35. Ubicación

35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS
Código
6. Reinscripción en la EPS

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

13. Movilidad:
A. Régimen Contributivo | B. Régimen Subsidiado
14. Traslado:
A. Mismo Régimen | B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de pensión al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino / Masculino | Fecha de nacimiento | 42. Fecha

42. EPS anterior | 44. Motivo de traslado (Código) | 43. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega oportuna de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no pertenencia del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del mayor de veintiséis (26) años de edad de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN | Cert. | RC | Cant. | TI | Cert. | CC | Cant. | PA | Cert. | Otro
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de
62. Documento
63. Copia de
64. Certific
65. Copia de
la calidad

5 OCT 2024
Folios 104 Firma Sistema Exclusivo Compensar
SOLICITO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del departamento | Código del municipio
67. Datos del SISBEN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación

IA